

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

¹*Жидков А.С., ¹Жидков С.А., ¹Сенько П.В., ¹Лысенко И.О., ²Уснич Ю.В.*
¹*Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*
²*Учреждение здравоохранения «Барановичская городская больница»,
Республика Беларусь*

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является распространённым заболеванием, встречающимся у 10-15% населения, а лапароскопическая холецистэктомия обогнала аппендэктомию по частоте выполнения операций. Морфологическим субстратом болезни являются конкременты в желчном пузыре (ЖП), состоящие из компонентов его секрета – холестерина, билирубина и различных солей. Осложнения ЖКБ возникают из-за длительного раздражающего действия камней, закупорки пузырного или общего желчного протока (холедохолитиаз), застоя желчи в пузыре с транслокацией бактериальной флоры из кишечника и развитием воспаления. Так, классическими осложнениями ЖКБ являются: острый холецистит (с исходами в мукоцеле, эмпиему, флегмонозный и гангренозный холецистит); хронический холецистит (с обострением или исходом в фиброз); холедохолитиаз (с закупоркой терминального отдела холедоха и развитием механической желтухи); гнойный холангит; желчный перитонит; панкреатит и сепсис. Осложнения, требующие оперативного вмешательства, развиваются в пределах 1 – 2,3%. В настоящее время золотым стандартом лечения острого холецистита является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Однако, при выраженном спаечном процессе и далеко зашедшей форме воспалительных изменений в окружающих его тканях выполняют конверсию из лапароскопической операции в открытую (ЛХЭ с конверсией). Если удалось обнаружить изменённый желчный пузырь в инфильтрате до операции, то методикой выбора становится открытая холецистэктомия (ХЭ). В последнее время всё чаще используется эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), как один из вариантов лечения осложнений. Однако все операции, выполняющиеся при осложнённых формах ЖКБ, имеют определенный оперативный риск.

Цель. Провести сравнительную характеристику операций, выполняющихся при осложнениях ЖКБ; выяснить какие осложнения сопровождают данные операции и частоту развития этих осложнений по классификации Clavien-Dindo; определить наиболее эффективный метод хирургического лечения осложнений ЖКБ.

Материалы и методы. Исследование представляло собой одномоментное ретроспективное изучение данных медицинской документации пациентов с осложненными формами ЖКБ, которым проводились операции по поводу этого заболевания. Обследовано 149 пациентов, находившихся на лечении в УЗ «4 ГКБ им. Н.Е. Савченко г. Минск». Сформированы 4 группы пациентов по типу

выполненного оперативного вмешательства: ЛХЭ (n=50; 57±21,7 лет; женщины : мужчины / 35:15), открытая ХЭ (n=12; 63±19,2 лет; ж : м / 5:7), ЛХЭ с конверсией (n=5; 75±7 лет; ж : м / 2:3), эндоскопическая операция со стентированием или без него (n=82; 64±25,8 лет; ж : м / 53:29). При оценке качества оперативного вмешательства при различных операциях, кроме возраста и пола, использовались следующие показатели: нозологическая форма заболевания, лабораторно-клинические показатели (билирубин, лейкоциты (включая палочкоядерные), общий белок, билирубин, данные УЗИ, сопутствующие заболевания пациентов, время от начала заболевания, длительность проведения операции, средний койко-день (время пребывания пациента в стационаре). Степень осложнений, возникших при проведении этих операций, распределена согласно классификации Clavien-Dindo. Статистическая обработка данных проведена при помощи пакета программ Microsoft office, в том числе Excel 2016 года.

Результаты. Основными нозологическими формами в исследовании стали: хронический калькулезный холецистит в стадии обострения (43%), острый холецистит (включая катаральный – 11%, флегмонозный – 3,4%, гангренозный – 3,4%), холедохолитиаз (9%), механическая желтуха (8%) и панкреатит (8%). В 14,1% случаев осложнение ЖКБ являлось сопутствующей патологией при другом основном диагнозе. При характеристике первой группы (ЛХЭ) средняя длительность операции составила 102,5 минуты, а средний койко-день (к/день) – 10 дней. При ХЭ (2-я группа) средняя длительность операции – 123,2 минуты, к/день – 18. ЛХЭ с конверсией: средняя длительность – 108,5 минут, к/день – 16. ЭПСТ – 85 минут, к/день – 13. При дополнении ЭПСТ стентированием продолжительность операции увеличивается в два раза, а средний койко-день с 13 до 16 дней. Послеоперационные осложнения согласно классификации Clavien-Dindo распределились следующим образом: осложнения I степени (чаще всего это повышение температуры тела выше 39 градусов, серома послеоперационной (п/о) раны и непротяженная стриктура холедоха) встречались во всех группах, более часто при выполнении ЛХЭ с необходимостью конверсии (20%), затем при выполнении ЭПСТ (17,1%), открытая ХЭ – 16,7%, а при ЛХЭ всего 6%. Осложнений II степени (выпот области вмешательства, переливание крови в следствии интраоперационного кровотечения, нагноение п/о раны и водянка желчного пузыря) встречаются: при ЭПСТ 22%, далее ЛХЭ с конверсией – 20%, при ХЭ 17%, а ЛХЭ – 8%. Для удобства предоставления материала в письменном формате мы объединим III и в степени при описании результатов, с пометками. Так, III степень встречается: при ЭПСТ в 23% случаев (при этом $\frac{3}{4}$ осложнений относились к IIIа степени), ЛХЭ с конверсией – 20%, открытая ХЭ 16,5% и ЛХЭ всего 4%. IIIа степень наблюдалось только у пациентов с ЭПСТ, так как без общей анестезии выполнялись операции: эндоскопического гемостаза кровоточащего сосуда и повторная ЭПСТ при неэффективности первого вмешательства. Степень IIIв выставлялась при необходимости: пластики холедоха в следствии его непроходимости, гепатикоюноанастомоза и ушивания перфоративной язвы. С

IV степенью ситуация аналогичная, поэтому IVa степень выставлялась при развитии п/о механической желтухи, желчного перитонита, острого почечного повреждения и серьезного желудочно-кишечного кровотечения. А степень IVb при развитии синдрома полиорганной недостаточности (ПОН) и шока. Таким образом, осложнения IV степени развились: 60% операцией ЛХЭ с необходимостью конверсии, 41% открытых ХЭ (при этом 8% с ПОН), 13,5% эндоскопических ПСТ (6% встречались шок и ПОН) и в 10% выполнения ЛХЭ. Смертельные исходы, или осложнения V степени, развились только у 8,3% пациентов при выполнении ХЭ и 6,1% – ЭПСТ. Основные причины смерти: выраженная полиорганная недостаточность, неоперабельная холангиокарцинома холедоха и реактивный панкреатит после ЭРХПГ.

Выводы.

1. Наибольшее количество пациентов с осложнениями ЖКБ пришлось на возраст 60 – 75 лет, с превалированием женского пола, а 9,4% пациентов в возрасте до 40 лет говорит об омоложении проблемы.

2. Наилучшие результаты лечения осложнённых форм ЖКБ были получены при проведении ЛХЭ в случаях отсутствия холедохолитиаза и механической желтухи.

3. Несмотря на сокращение пребывания пациентов в стационаре в 1,15 раз и на меньшую продолжительность операции, эндоскопические вмешательства не всегда должны являться манипуляцией выбора для пациентов с осложненными формами ЖКБ, а их выбор должен быть полностью основан показаниями к операции.

4. Основные осложнения, которые встречаются при операциях на желчном пузыре, это: неэффективность ЭПСТ (10), выпот в области вмешательства (8), интраоперационное кровотечение, требующее переливание крови (6), инфекция п/о раны (6), стриктура холедоха (8), механическая желтуха (12) и СПОН (5).

5. Самый высокий риск послеоперационных осложнений выявился у лиц пожилого и старческого возраста с множеством сопутствующих заболеваний.